

社会保険の仕組みのなかの専門職

— 19世紀後半からヴァイマル時代までドイツにおける保険医について —

文 仁 淑

〔抄 録〕

19世紀後半のドイツで、社会保険という有意義な社会的発明が出来上がった。長く存続してきた共済金庫を母体にして、権威的な官僚国家体制が時代を取り巻く政治的状况を突破するための政策であった社会保険、とりわけ医療保険制度は自治の原則を標榜したのにかかわらず、疾病金庫・被保険者・保険医の三角構造が早くから崩れ、被保険者は排除されてしまった。本稿では、社会階層的な関連性と、経済的、社会的能力に照応したメンタリティの流動性を考慮した上で、主に医療保険を中心にして、専門職として制度に深く関わっていた医師職の職務意義を検証する。

キーワード 社会保険、疾病金庫、保険医、社会階層

はじめに

ビスマルクの社会保険立法第一弾である労働者医療保険法が1883年に制定され、それに続いて生まれた社会保険は、その基本骨格および原則を維持したまま変化と発展を重ね、今日は先進諸国において社会保障の欠かせない制度として採用されている。社会保険がなぜ産業社会の進入が遅れたドイツで最初に始まったのか、との論議の際に出される労働者に対する「鞭と飴」の論理は今まで通説として受け入れられて来た。しかし土田武史は、その通説を一面的な理解に過ぎないと反駁している。土田は、ビスマルクと社会主義との政治的操作として社会保険を見る視覚を批判し、中世以来存続してきた共済金庫制度をその先行制度として把握して、共済金庫拡大や発展の延長線で社会保険の生成と展開を説明する。確かに共済金庫は、内容的に仲間の病気・障害・老齢・貧困・死亡などに対する幅広い救済活動を行なったし、運営や組織の面から見ても、社会保険と多くの類似性を持っていた⁽¹⁾。しかし、近代国家において原則的に慣習的秩序の範囲を越えなかった自助組織と、国家主導で立法化された公的組織とは論議の次元が異なる。社会保険の原型として共済金庫の存在を強調する主張を認めながらも、法定の国家制度として格上させた政治的操作ないし政治的決断の決定的要因やそれを取りめぐった背景、即ち政治・社会的、物質的基盤を無視した社会保険の成立の説明が十分な説得力をもつとはいえない。

社会保険の実施には強力な国家の権威が必要であった。強い自由主義の伝統の土壌で社会保

険の発展が遅れたことは明らかである⁽²⁾。それは、任意保険を国家が規制するということが原則的に自由主義的論理に反することであるからである。ところが、国家を一般的・個人的福祉の増進の手段と捉える政治的敬虔主義および官房学の伝統が、19世紀のドイツには国家思想の基底にあった⁽³⁾。それが一般法規の実現に留まらず、そのための物質的基盤を促進する社会的責任を果たす社会国家として現れたのである。

ドイツの初期自由主義の特徴でもある法治国家＝社会国家観を担保して、社会問題を認識し、その解明と解決のための使命感に充満した教養市民層の存在や活躍も、社会保険という新しい制度の構築を支えていた。主に官僚や知的専門職で成りだった教養市民層は、一方透徹な社会意識を持ち、一方根強い身分上昇を志向し、利害関係に敏感に走る自己矛盾及び自己襲突を路程した。そのなかで、何より職業上著しく社会保険と関連性をもったのが医師である。しかしながら、共済金庫以前の貧民法時代から始め、社会保険においても最初は医療保険、さらには廃疾・老齢保険に至るまで、あらゆる国家の医療政策に積極的に関わってきた医師の職務が、具体的にどのように展開されたのか、保険制度が定着していくなかでどういう制度上の座標に位置したのか、又はどれほど労働者の陥った状況の改善に直接寄与したのかなどについてほとんど明らかになっていない。限られた文献資料からでもできるだけその跡を追跡してみるのに本号の目的がある。

1. 共済金庫から疾病金庫へ

共済金庫Unterstützungskasseは、中世の手工業者、鉦夫、職人などを対象にしたツンフトZunftkasseとクナップシャフトKnappschaftskasseをその起源とする自助組織として、金庫員の様々な困難、疾病・障害・老齢・貧困・死亡に対する救済活動を行ってきた。アーヘン市の紡績工場労働者金庫の給付種類（1872年）のなかでは、医療や薬剤の現物給付、傷病手当以外に年金や子持ちの低賃金労働者に学校手当を支給する場合もあったように、その給付の幅は実に社会保険の核心部分をたいていカバーできるほど広いものであった。特に医療保険と内容的な類似性を持っていた点から、土田は、病気のための共済金庫組織をそのまま公的医療保険の保険者（疾病金庫Krankenkasse）とし、医療保険の管理運営をそれらの疾病金庫に委ねるとともに拠出や給付については一定の水準を法定化するなど、社会保険としての制度化を図ったことこそが1883年の医療保険であると主張している⁽⁴⁾。

1849年のプロイセンの緊急条例における共済金庫設立と組織・運営・活動の規定を見ても、労働者拠出額の賃金からの控除が設定されたように⁽⁵⁾、共済金庫より医療保険の原型を確認するのは正しいと思われる。さらに、1870年代に至ると多くの共済金庫では範囲は限定されていないが強制加入、労使による拠出、給付の最低限度、当事者による総会と理事会の代表選出、労使の共同運営、金庫医の指定と診療契約、行政官庁の監督などが規定、実施されていた⁽⁶⁾。

労災や廃疾保険のような利害関係の対立は少ないことと、既に共済金庫がその原型として存

在し労使両方に馴染んでいた点から、使用者側の異論が激しかった他の社会保険と異なって、1883年に医療保険法案は、労働者保険*Arbeitersversicherung*と名乗って、目立つ議論なしに多数の支持を得て可決された。それには疾病金庫の加入義務、給付範囲・財政方式・保険者の編成及び運営など基本構造や原理規定、医師の診療・入院給付・薬剤等の支給・傷病手当金・出産手当金などが法定の最低給付として規定された。賃金・給与を得る就労関係を加入義務の基礎として、保険料は労働報酬で測れる被保険者の負担能力に応じて算出された金額を使用者が3分の1、労働者が3分の2を負担し、病気のために賃金を稼得できない労働者には無料の治療と疾病手当支給することにした。医師の診療報酬額などの規定は一般的にされていない。全体的に保険者を職業・職場・又は地域との関連を持つ様々な種類の疾病金庫によって分離したシステムが構築され、様々な種類の保険者組織が誕生された⁽⁷⁾。従って疾病金庫の数も極めて多く、その数は1885年の18,971、1910年に23,009 (Frerich, Frey 1994 S.102) に至るまで増える一方だった⁽⁸⁾。加入者数は1885年から1910年までの間は467万人から1395万人に増加、支出総額も578億から3794億マルクに上った⁽⁹⁾。当時の傷病給付が一般労働者平均生活費6分の1程度しかないほど低かったので金庫の財政自体は比較的に安定したが、20世紀に入ってから赤字の金庫が多くなりつつ、ゆえに1911年にライヒ保険法 (RVO) によって規模の拡大が図られた。

2. 19世紀後半からヴァイマル共和国における医師の社会階層的位置

19世紀に入って多くのドイツの都市は、急速に増加する農村からの流入人口を迎え、大きく姿を変えていた。人口増加に伴う市街地の拡充、周辺農村との合併が行い、都市行政の業務も拡大する一方であった。たとえ都市に定着した人が流入人口の一部に過ぎなく、大半は短期間で再び都市を去る季節循環的な出稼ぎ労働者であったとしても、全体的に肥大した都市の運営やそれから始まる諸問題の解決のために、国家や地方の司法・行政機構も拡大していかなければならなかった⁽¹⁰⁾。それは、土地や企業、資本のかわりに知識と教養、熱情、敬虔主義的使命感をもって武装して新しく社会に登場した市民群に、活躍できるいい空間を用意してくれた。直ちに国家意識および職業意識の透徹な官吏や知的専門職らが都市の新上層部を形成し始めたことである。19世紀後半から1930年までのドイツで、医師の社会的アイデンティティーはそのような社会国家の肥大した専門官僚組織のなかで発見できる。

ドイツの自由主義的な経済思想は、身分制・身分的組織と対立する啓蒙専制主義の考えを継承し、この方向を更に促進したものであった。社会的階級は依然存続したが階級形成のあり方はかなり変化して、社会的階梯のより高いところへの上昇が可能になった⁽¹¹⁾。19世紀前半までドイツの都市には、職業身分制の伝統がなお生きていて、社会層帰属の決定要因として極めて大きい役割を保っていたが、世紀の後半に至っては経済的社会層構成と乖離して流動化しつつあった⁽¹²⁾。3月革命の挫折と1850年代末の産業的隆盛の中で社会的上昇志向は集团的現象の傾

向まで表して、帝政ドイツの権威的＝階層的社會構成への編み込みが決定的に行われた。当時の社会的通念上における職業威信の序列と、現実上の経済的階層構成の照応関係は現代と大きくは変わらなかった。大学の教育と適当な利他主義を構えた社会意識が最上層教養市民への通行証であり、その上に何より既得の位置を守るのにはさらに財産と所得を加える必要があった。産業革命の開始と共に作り出された富裕な上層市民の原型は、50年後の独占資本形成期までも継承されていた。1837年と1880年の、「市民簿」上の上層市民を比較すると、それと明らかな連続性を見出すことができる⁽¹³⁾。また、祖父から夫への世帯間職業移動率を見ても官僚や自由専門職の後世帯への職業継承が企業経営者の次に目立つことがわかる⁽¹⁴⁾。

アモンの分類⁽¹⁵⁾によると、高い学識と官職を踏み台にした上級官吏は、数的に劣勢にも関わらず、官僚機構の拡大や強化と共にその影響力を広げていて、本来の上層市民であった大企業家層・大土地所有者に匹敵する、都市最上層を形成するまで至った。当時の医師職はそのあらゆる属性を所有した典型的の職業であった。彼らは、医療官僚および内務官僚として中央及び地方政府に入るか、公共と契約を結んだ契約医師として働きながらも自らを官僚職と同一視する傾向を現していた。能力に基づく社会的上昇と経済的階級規定性を上手く調整して、時には集まって集団力を振り舞え、彼らは、だんだん国家や自治体の行政能力の担当者ないし助言者として存在感を現した。政治的、社会的エリート階層として成長する確実な立地を構築した医師は、19世紀から20世紀の曲がり角における社会改良の論議にも積極的な発言を続けた。それに加えて、20世紀以降急速に広がった大学医学部の新設も医師にもう一つの権力の拠点を与えてくれた。

3. 社会保険に至るまで国家権力および国家の対医師政策と医師

ドイツにおいて医師という専門職が最初に国家体制との公式的な関係を結んだのは、貧民法時代であった。大都市の「貧民救済医師」(Armenärzte)として指定されることによって、国家制度の中に医師は私的に医療営業をする一方、貧民への治療活動に対する年間の報酬を地域の貧民救済金から支払われた⁽¹⁶⁾。それが契約医師の最初の形態である。その内、都市問題の深刻化に比例して需要が拡大された収容施設と医師の不足現状は、国家が医師という職業に注目する現実的な契機を提供した。帝国はまず、ほとんど教育経験のない医師らを、教育を通して医療専門家に置き替えることを図った。それまでの医師教育については、18世紀に渡って相続いた医療付き収容所(Asylum)等が本来の目的以外に医師の教育にも貢献するだけであった。国家は、教育とともに医師の同質化を狙い、標準化・規制化を図る制度を実施する計画を立ち上げた⁽¹⁷⁾。それは結果的に試験・登録・業務監督などの制度をもって医師を拘束することであった。

一方利益集団化して、常に一つになって動いたドイツ医師の行動パターンの原型も貧民法時代にまで遡ることができる。のちに貧民救済金が財政的な困難に陥り、それにつれて貧民患者に対して「医療措置の強制義務」(Kurierzwang)が果たされていた医師らも連鎖的に財政難に

陥る現状が起きた⁽¹⁸⁾。この職業的な利害問題とは国家を相対にして解決しなければならないだけに、医師は職能団体として自らを組織する必要性を初めて現実的に認識した。その結果、19世紀初めから教育を受け始まった医師の歴史を規定する二つの特徴が見出される。それは利益集団の形成と、国家の直接的な規制からの解放を求める努力である。

1848年からヴィルヘルム帝国が出帆した1870年までの間は、医学と衛生学の科学としての基本的な体制整備が完遂された時期であり、まぎれもなく細菌学が著しい成果を挙げた時期でもあった。医師の社会的な評価は歴史上例がないほど高く挙がり、政治的な影響力を獲得するまで及んだ。医学研究は眩しい成果を実り続き、医学は帝国の学問として国家に庇護されるようになったが、結果的にそれは国家干渉主義を強化させる基にもなった。

保護者として国家は非登録の医師の貧民医療行為にも配慮した。この費用の国家払いによって、医師は自らを国家の補助スタッフとして認識するようになり、患者特に貧者に対する治療は医師の義務だと考えた。このような国家と医師の相互扶助の本質は、国家の権威の保証と医師の体制への寄与を交換する行為であった。疑いなくドイツの土壤で、医師が国家に奉仕を命令されたことこそが、上層市民としての権威を保証された印であった。医師は、貧民救済医師として指定されることによって国家や自治体との契約を結んでいた並びに、手工業者や工場労働者、職人の自助組織の共済金庫とも契約医関係を結んでいた。

ところが自己矛盾的に医師は、1848年革命の前から専門職として国家のコントロールから解放されることを望んできた。それは19世紀半ばの医療改革運動における一目標でもあった。国家が保証する社会的な権威の甘さと職業的自由の願望というジレンマのなかで、1869年の商工條例（Gewerbeordnung）が発効した。自由を求める希望は一応叶ったが、その代価として、今度は専門教育を受けなかった非専門医師や理容師の外科医と競争しなければならなくなった。

1871年、帝国は新医療政策の計画に臨んだ。国家の干渉や医師の専門性について新しい方向の覚書が設けられたことにつれて、医師らは「ドイツ医師連盟」（Deutscher Aeorztevereinsbund）を作り出した。最初の医師組織でもあった医師連盟は、機能的にはまだ職能団体より単に凝集力ない有名無実の医師の集まりに過ぎなかった。

1873年に強制的な診療義務が自由診療に変わったことを契機に、すでに上層階級になっていた医師は、今度こそ専門職としての利益を積極的に代弁する公式的な代表の必要性を認識し、新しい全国組織の「医師会」（Aorzttekammern）を立ち挙げた。後に各職業を組織化しようとした国家の一般的な施策もあって、1887年の皇帝令によって、全ての医師はこの組織の会員になった。しかしながら医師会は、医療専門職や公共医療と関連するあらゆる論議の場を設けることを目的とした本来の機能を充実には果たすことができなかった⁽¹⁹⁾。医療政策についてもっと公共的に議論する必要性は依然求められていた。それに直接応えたのがビスマルクの社会政策、まず疾病金庫であった。医師会は長く続いた国家との緊張と協調の関係を一段落して、その相手を疾病金庫に替えざるを得なかった。しかし最終的な契約当事者はそのまま医師個人であっ

た。国家は第三者となった。現実的に医師職能団体は、医療の質、医学の発展につれた教育や研修など職能団体としての順機能は配慮せず、経済的、権益的な既得権を守るための政治的な機能を果たすだけであった。

4. 医療保険における医師の職務と履行

他の産業国家と異なって19世紀末のドイツ政府の対医師政策は、多かれ少なかれ社会保障制度の枠組の中に置かれてあった。最初に疾病金庫制度の骨格を強制保険として作り上げた以来、国家は常に第三者の立場に留まってきた。という事実は、患者に対する医師の態度を理解するのにおいて極めて重要な示唆である。さしあたりドイツにおける患者と医師の関係を、社会保険の一つである医療保障制度（Krankenkasse 以下疾病金庫）のなかで把握する必要がある。疾病金庫・保険医・被保険者ないし患者は、医療保険を維持してきた三つの柱としてそれぞれダイナミックな関係を結んでいた。とはいえ、その三角形の中で被保険者は、強制加入の社会保険の受給者が常にそうであるように、全く発言力を失っていた。患者は単に受け身の存在にすぎなく、その利益はもっぱら他の二つの要素によって一方的に決められる、要すると均衡を欠けた三角関係を結んでいた。

契約給付を認可された契約医の存在は2節で言及したように共済金庫の時代から見られる⁽²⁰⁾。既に共済金庫が後の保険医に該当する特定の医師との間で契約を結んでいた。1873年のアーヘン市は、仕立て職人の金庫から市の特別条令に基づき二月有効の「診察券」を発行しているが、それには患者負担なし診療を受けられる医師として7名（一般開業医4名、眼科医1名、特定地区の加入者のための医師2名）の名前が記されており、一端診療を受けた以上同一期間中は医師の変更が出来ないなどの旨が書かれていた⁽²¹⁾。ビスマルク医療保険も保険医との間に同様の診察券を採り、それが今日に至る保険医制度および診療券方式の早期の形態であった。

そもそも労働者の貧困の防止ないし生活の維持にその目的を置いたのは、社会保険のなかでも医療保険を除いた他の二つの保険であった。しかし、厳格に言えば医療保険は、現在の貧しい生活の条件を社会的に補う機能のものとして固定されてしまい、決して真の医療機能の意味で個人の健康上の問題を補助するものという本質的な役割を果たすことができなかった。というのは、保険加入者は元来労働法や社会保険の範囲の適用者であって、医療や医療政策の範囲の適用者として認識されなかった。その原因は、劣悪な生活条件と過酷な労働条件が齎した深刻な健康の損傷を治療するには、明らかに限界があった当時の医療的な能力にもあるが、それより医師らの健康保険法に対する意識の問題がもっと大きく関わっていた。保険と提携した医師は、単に病気の存在さえ証明して、患者に合法的な保険給付の資格があるかどうかの事実関係を保証すれば、あるいはその適格性を提供さえすれば、主な任務は済んだと考えられた⁽²²⁾。医療行為自体は単に担当する医師の人柄によるものであった。保険医である開業医は、必要な場

合患者を専門医または病院に転送するか、薬剤または療法や補装具および療養を処方するか、または就労不能を確認した。老齢・廃疾年金においても保険医の就労可否に関する判定に限定した職務はいうまでもない。老齢保険の被保険者には七十歳で年金の支給が始まるが、それまで生き残った被保険者の大部分はすでにその以前に廃疾年金の対象者になったはずである⁽²³⁾。つまり労働者ではなく労働力を管理しようとしたビスマルクの制度的傑作と同じ脈絡で、保険医は労働者の健康回復よりただ労働力の持続有無を確認するという制度的操作でよかったのである。

疾病金庫と医師との関係においての具体的および普遍的な規定は設けられず、ライヒ保険法の成立後にも両者の間の個別契約に基づく関係が継続した。しかし、事実上保険組合と交渉したのは代表性をもった医師組織であった。医師らが組織した職能団体は、国家や保険者組織と、一方では交渉関係、他方では協調関係を結んでいたが三角型関係のバランスは早くから壊れていた。しかし、世紀末の辺りで、免許を持つ医師数が急増し、それにつれて医療界をめぐる状況はだんだん厳しく変化していた。20世紀前後に医学部学生数は増加しつつ、1920年代頃、医師は激しい競争の中に取り込まれた。同時に保険加入の患者の数も莫大に増加したが⁽²⁴⁾、内容的には、貧しい患者の増加に比べて経済的に余裕のある患者はむしろ減っていた。医師らは中間階級以上の患者こそ経済的にも、医療技術の向上にも重要な意味を持つことに気がついた。

このような根本的な財政・組織的な困難に直面して、医師と健康保険組織との協調関係の持続は現実上難しくなった。1913年医師団体は、保険医認可と診療報酬の策定へ団体としての関与することを求める前代未聞の教養階級によるストライキを構えた。結果は医師らの勝利であった。保険医の認可及び保険医との契約条件に対して両者が対等の立場で関与することに合意したベルリン協定（Berliner Abkommen）が成立したのである⁽²⁵⁾。これはあくまで疾病保険と医師との私的契約であるが、本質の内容は1924年に法的拘束力を持つものとなった。

うまく維持してきた保険者と医師の協調関係は、1923、24年のインフレーションが与えたショックによって大きく揺れた。苦境に迫られた医師らは1923. 12. 1全国規模のストライキを組織した。医師は全ての既存契約の無効を訴えた。これまでは保険医が個人的に求めてきた範囲の自律性を、医療保険組織による医師集団の団体的自律性へと拡大して要求するまでになった。

しかしながら、経済的な寒波のなかで疾病金庫の死活自体が問題視になり、国家もそれ以上放置できなくなり、医療費用を減らすための様々な試みが行われた。その手段として、保険と完全に独立して営業をしていた医師を監督医師（Vertrauensarzt）として任命する趣旨の医療保険法改正案が作り上げられたが、その目的は保険医を厳しく規制するためのことほかならなかった⁽²⁶⁾。医療監査所が設けられ、強制的権限をもつ監督医はそれに属し、保険医に対して厳しい監督を実施した。その結果、保険医の収入と権利が大幅に縮小された。医師代表部は、いかに自分たちが健康保険に支えられてきたのかが実感できた。強制的健康保険の加入者は1919年の1,600万から1929年には2,100万まで増加していた⁽²⁷⁾。

保険体制が危なくなると、保険医のみならず、独立営業の医師にも影響が及んだ。数次の緊

急法令を出したが、結果的に、政府は選挙を意識して、最後まで医師らの要求を無視することができなかった。結局医療処置を提供する責任は保険者側から保険医に移ってしまった。財政的、組織的な危険を押し切ったともいえるこの決断によって、保険医協会Kassenaortztliche Vereinnigungen, KVは、経済的な効率性も含め、自らの仕事を組織、監督するあらゆる権限を持つ公法上の機関に昇格した。過酷なインフレの波に引き込まれていた医師と保険組織との葛藤は、共和国政府の政治的な計算によって、また保険医の勝ちになってしまったことである。

1913年以来、すでに医師集団は相手と対等な交渉相手としての地位を獲得していた。さらに1931以降、職能別に個々に分離されていた保険組織は、全ての保険医を代表する巨大な単一組織の保険医ユニオンを相手にして、保険組合ずつ個別的に交渉しなければならないという著しく不利な立場に置かれた。医療保険制度はまさしく保険医の王国になった。世界的恐慌の中でも医師組織は既得権をうまく守護した。無価値者に対する福祉予算の削減を要求する社会一般の呼びかけに、医師組織は反論なしに沈黙した⁽²⁸⁾。なぜなら医師らは、苦しい国民経済の中で福祉費削減の不可避性の状況を、また福祉費用のカットに関わった優生政策的意味と新法案の内容をよく熟知していたからであった。

おわりに

ドイツの医師の歴史は、常に国家との公的関係のなかで続いてきた。その緊張と協調の関係は上流階層へ身分上昇のチャンスと、既得権維持の保障になった反面、不断に規制と監督から解放と自由と求めて医師が利益集団化する原因でもあった。貧民法時代の貧民診療医師から、共済金庫の契約医、医療保険制度の保険医や監督医に至るまでの間、社会意識に充満して医療を越えて社会問題まで直そうと思った19世紀の改革意志に満たされた医師の姿は激しい生存競争のなかで変わっていた。その代わりに、契約医として不断に保険者との契約上での有利な条件を確保するために、職能団体を名乗った利益団体として団結した歴史があるだけである。保険医が被保険者の労働者の患者に行った主な任務は治療より就労能力の確認に傾いた一方、優れた診療能力は経済能力のある一般患者の診療から研磨され、それをまた彼らに戻すものだと思われた。医療保険制度がいくら素晴らしい制度としても、導入から1931年のヴァイマル共和国時代までの歴史上に、実際行われた制度のあり方や運営方が、名実ともに労働者を助けたのかどうか、現実的にどのぐらい役に立ったのかについて、もっと精密な研究が求められる。

〔注〕

- (1) 土田武史、『ドイツ医療保険制度の成立』、1997年、勁草書房、p.6
- (2) ドイツ以外では全体的に1910年から導入されたが、1910年フランスでは雇主と労働者の抵抗や裁判

- 所の姿勢のため、ほとんど失敗で終わった。G.A.リッター (Gerhard. A. Ritter)、木谷勤外 4 人訳、『社会国家、その成立と発展』、1993年、晃洋書房、p.85
- (3) Robert von Mohl, Hegel, Schteinらも類似な国家観をもって後輩たちに影響を与えた。
- (4) 土田、前掲書、p.207
- (5) 土田、前掲書、p.167
- (6) 土田、前掲書、p.212
- (7) 大きく分類すると、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、建設疾病金庫、登録扶助金庫、州法による扶助金庫、鉦夫組合金庫、市町村医療保険がある。
- (8) 土田、前掲書、p.224
- (9) 松本勝明、『ドイツ社会保障論Ⅰ—医療保険—』、2003年、信山社
- (10) 藤田幸一郎、『都市と市民社会—近代ドイツ都市史—』、1988年、青木書店、p.147、ルール地方のボーフム市の1880~1900の流入人口23万2092人の内、残ったのは16%である 3 万 7156人。
- (11) 柳沢治、ドイツにおける階級形成=社会的移動論の展開、1974年、「経済科学」20巻 4 号、名古屋大学出版会、p.36
- (12) 柳沢治、前掲書、p.180
- (13) 藤田幸一郎、前掲書、p.188
- (14) 藤田幸一郎、前掲書、p.211 表10
- (15) Otto Amonn, in 藤田幸一郎、前掲書、p.31
- (16) Johanna Bleker, To Benefit the Poor and Advance Medical Science: Hospital and Hospital Care in Germany, 1820-1870, p.21, in Manfred Berg & Geoffrey Cocks ed., *Medicine And Modernity*, Cambridge Uni. Press, 1997
- (17) Alfons Libisch, From Traditional Individualism to Collective Professionalism: State, Patient, Compulsory, Health Insurance, and the Panel Doctor Question in Germany, 1883-1931, P.35, in Manfred Berg & Geoffrey Cocks ed., *Medicine And Modernity*, Cambridge Uni. Press, 1997
- (18) *ibid.*, p.26
- (19) *ibid.*, p.35
- (20) 『ドイツの公的医療保険と医者職業規則』、岡嶋道夫編訳、1996年、信山社、p.38
- (21) 土田、前掲書、p.207
- (22) Libisch, *ibid.*, p.41
- (23) 土田、前掲書、p.108 注69 15歳青年男性の平均寿命は1871~1880年に42.30歳、1901~1910年には46.71歳であった。
- (24) 1885の全国民の9.2%が1914の23%に増加した。Charles E. McClelland, *Modern German Doctors: A Failure of Professionalization?* P.85, in Manfred Berg & Geoffrey Cocks ed., *Medicine And Modernity*, Cambridge Uni. Press, 1997
- (25) 松本勝明、『ドイツ社会保障論Ⅰ—医療保険—』、2003年、信山社P.18
- (26) Libisch, *ibid.*, p.49
- (27) *ibid.*, p.50

(28) これについては米本昌平、『遺伝管理社会：ナチスと近未来』、1989年、弘文堂、参照

〔参考文献〕

- 木村周一郎、『ドイツ福祉国家思想史』、未来社、2000
- 松本勝明、『ドイツ社会保障論Ⅰ—医療保険—』、信山社、2003
- 岡嶋道夫編訳、『ドイツの公的医療保険と医者職業規則』、信山社、1996
- G.A.リッター (Gerhard. A. Ritter)、木谷勤外4人訳、『社会国家—その成立と発展—』、晃洋書房、1993
- 大河内一男、『ドイツ社会政策思想史』、青森書院新社、1968
- 山田高生、『ドイツ社会政策史研究』、千倉書房、1997
- 古瀬徹・塩野谷祐一編、『先進諸国の社会保障4・ドイツ』、東京大学出版会、1999
- 藤田幸一郎、『都市と市民社会—近代ドイツ都市史—』、青木書店、1988
- オットー・ダン、末川清、姫岡とし子・高橋秀寿訳、『ドイツ国民とナショナルリズム』、名古屋大学出版会、1999
- 坂井榮八郎、『ドイツ近代史研究—啓蒙絶対主義から近代的官僚国家へ—』、山川出版社、1998
- 雨宮昭彦、『帝政期ドイツの新中間層—資本主義と階層形成—』、東京大学出版会、2000
- 柳沢治、ドイツにおける階級形成＝社会的移動論の展開、「経済科学」20巻4号、名古屋大学出版会、1974
- 潮木守一、『ドイツ近代科学を支えた官僚』、中公新書1163、中央公論社、1993
- 成瀬治・山田欣吾・木村靖次編、『世界歴史大系3、ドイツ史』、山川出版社、1997
- 米本昌平、『遺伝管理社会：ナチスと近未来』、弘文堂、1989
- Bopp Karl Richard 『Die Wohlfahrtspflege des modernen deutschen Sozialismus』、淵上博、武井才剛、橋本一郎共訳『ドイツ社会事業の社会的経済的研究』中央社会事業協会社会事業研究所、1936
- Hong, Young-Sun, Welfare, Modernity, and the Weimar State, 1919-1933, Princeton University Press, 1998
- Johanna Bleker, To Benefit the Poor and Advance Medical Science: Hospital and Hospital Care in Germany, 1820-1870, in Manfred Berg & Geoffrey Cocks ed., Medicine And Modernity, Cambridge University Press, 1997.
- Heinz-Peter Schmiedbach, , The Mentally Ill Patient Caught between the State's Demands and the Professional Interests of Psychiatrists, in Manfred Berg & Geoffrey Cocks ed., Medicine And Modernity, Cambridge University Press, 1997
- Richard J. Evans, In Search of German Social Darwinism: The History and Historiography of a Concept, in Manfred Berg & Geoffrey Cocks ed., Medicine And Modernity, Cambridge University Press, 1997

(むん いんすく 社会学研究科社会学・社会福祉学専攻博士後期課程)

(指導：岡村 正幸 教授)

2005年10月19日受理